3

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Ch. FERNET

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

né à Paris le 8 février 1838

Élève surtout de Monneret, de Lasègue, de Barthez et de Noël Gueneau de Mussy

PARIS

TYPOGRAPHIE CHAMEROT ET RENOUARD

19, RUE DES SAINTS-PÈRES, 19

—

1893

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux, 1861-1866.

Lauréat de l'Internat, 2e mention, 1863 ; médaille d'or, 1864.

Membre de la Société anatomique, 1864.

Docteur en médecine, 1865.

Membre de la Société de thérapeutique (1866), président pour l'année 1889.

Agrégé à la Faculté de médecine, 1872.

Médecin des hôpitaux, 1872.

Membre de la Société médicale des hôpitaux (1872), président pour l'année 1893.

ENSEIGNEMENT

Cours public de pathologie interne à l'École pratique, 1867-1870.

Cours officiel de pathologie interne à la Faculté de médecine en suppléance du professeur Axenfeld, 1874-1875.

Cours auxiliaire de pathologie interne à la Faculté de médecine, 1878-1879.

Leçons cliniques à l'hôpital Beaujon, 1886.



TRAVAUX SCIENTIFIQUES

---

1. — **Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations** (*Thèse inaug.*, Paris, 1865).

Ce travail est une étude d'ensemble du rhumatisme aigu. Il comprend deux parties distinctes : la première, consacrée à la pathologie générale, dans laquelle le rhumatisme aigu est étudié successivement au point de vue des conditions de son développement, des différents modes pathogéniques qu'il peut revêtir, du siège de ses manifestations, de l'évolution de la maladie, enfin des caractères communs à toutes ses manifestations ; la seconde, consacrée à la pathologie spéciale, dans laquelle est faite une étude succincte des diverses déterminations locales du rhumatisme aigu.

Tout en reconnaissant l'importance prédominante du rhumatisme articulaire dans l'histoire du rhumatisme, je me suis appliqué à l'étude des autres manifestations du rhumatisme aigu qui avaient été presque entièrement négligées ; et c'est ainsi que j'ai étudié successivement le rhumatisme des muscles, celui du tissu cellulaire et de ses dérivés (œdème rhumatismal, rhumatisme des gaines tendineuses, des grandes membranes séreuses, des membranes fibreuses), celui de l'appareil digestif et notamment l'angine rhumatismale et la dysenterie rhumatismale, celui de l'appareil respiratoire et particulièrement la pneumonie rhumatismale et les œdèmes aigus du poumon, celui de l'appareil circulatoire comprenant surtout l'endocardite et la péricardite dont la fréquence et l'importance sont bien

connues depuis les travaux de Bouillaud, celui du système nerveux (rhumatisme cérébral, rhumatisme spinal, rhumatisme des nerfs périphériques), celui des organes génito-urinaires, et enfin celui des organes des sens et de la peau. Un certain nombre d'observations, toutes inédites et la plupart personnelles, servent à appuyer et à confirmer les descriptions.

2. — **Traitement du rhumatisme articulaire par les vésicatoires** (*Arch. gén. de méd.*, 1865).

3. — **Du choléra chez les enfants** (*Soc. méd. des hôp.*, 1865, et *Union médicale*, 1866).

Relation de l'épidémie de choléra observée en 1865 à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service de mon maître, M. Barthez, et étude des particularités que le jeune âge imprime aux caractères de la maladie.

4. — **Des kystes hydatiques des muscles** (*Rapport de la Société anatomique*, 1865).

5. — **Additions à la 5e édition du Guide du médecin praticien de Valleix**, 1866.

6. — **Articles du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques**, 1866-1881.

Art. Bouche (Sémiotique de la).
— Convalescence.
— Diaphragme.
— Dysphagie.
— Hémoptysie.
— Métastase.
— Paralysie agitante.
— Plèvres (Pathologie des).
— Pleurésie (en collaboration avec le Dr d'Heilly).

7 — **De la diathèse urique** (Thèse d'agrégation, Paris, 1869.)

J'ai défini la diathèse urique un état morbide de l'organisme,

caractérisé par la présence d'une quantité anormale d'acide urique dans le sang (uricémie). La dyscrasie urique se présente à l'observation, tantôt comme un accident passager dans certaines maladies aiguës, tantôt comme un phénomène plus ou moins persistant; c'est dans ce dernier cas qu'elle mérite vraiment le nom de diathèse urique.

Toutes les causes capables de produire la diathèse urique agissent, soit en exagérant la production de l'acide urique dans l'économie, soit en empêchant l'excrétion de ce produit. Ainsi s'explique l'influence d'une alimentation azotée excessive, de l'usage des boissons fermentées, d'un exercice insuffisant, de la dyspepsie, des troubles des fonctions respiratoires et cutanées, etc., et en second lieu l'influence d'un état particulier des reins, admis par Garrod dans la goutte, en vertu duquel il se produirait un arrêt dans l'élimination de l'acide urique par ces organes.

Trois ordres d'effets sont imputables à la diathèse urique : 1° dépôts de l'acide urique ou des urates dans les voies d'excrétion de ces produits; 2° dépôts de l'acide urique ou des urates dans les tissus; 3° effets produits par l'excès d'acide urique dans le sang ou les humeurs sans formation de dépôts. L'étude critique de ces effets divers et des accidents qui ont été imputés à la diathèse urique m'a conduit à conclure que certains accidents sont étroitement subordonnés à cette dyscrasie : telles sont les concrétions uratiques qui se forment dans les reins ou dans les voies urinaires (gravelle urique), tels sont encore les dépôts uratiques qui se font dans les tissus (goutte articulaire, tophus dans différents organes), mais que d'autres maladies, qu'on voit coïncider ou alterner avec les précédentes, telles que certaines dyspepsies, l'asthme, certaines éruptions cutanées, etc., tout en présentant peut-être avec l'uricémie des connexions plus ou moins étroites, ne sauraient jusqu'à plus ample information être subordonnées d'une façon certaine à cette dyscrasie. J'ai été amené ainsi à dire que la goutte ne saurait encore être identifiée avec la diathèse urique. La diathèse urique n'est jusqu'ici qu'un mode dans la goutte, le plus important à la vérité, et celui qui tient sous sa dépendance les accidents les plus caractéristiques

de cette maladie; mais jusqu'à nouvel ordre il n'est pas possible de lui rattacher toutes les manifestations de la diathèse goutteuse.

8. — **Des tremblements** (Thèse d'agrégation, Paris, 1872.)

Après avoir défini le tremblement un mouvement oscillatoire involontaire, rapide, plus ou moins étendu, régulier, rythmique, j'ai dû, à défaut de distinctions suffisantes basées sur l'étiologie, sur l'anatomie ou la physiologie pathologique, ou enfin sur la clinique, proposer une classification arbitraire : 1° tremblement sénile; 2° de la paralysie agitante; 3° de la sclérose en plaques; 4° tremblements toxiques (alcoolique, mercuriel, saturnin, divers); 5° tremblements divers, comprenant les tremblements dits nerveux dont la cause est inconnue, les tremblements symptomatiques des maladies des centres nerveux et notamment celui de la paralysie générale, enfin les tremblements épiphénomènes comme sont ceux qui accompagnent le frisson, ceux qu'on observe dans l'adynamie, etc.

Chacun des tremblements qui précèdent est l'objet d'une description particulière. L'étude clinique de ces diverses espèces de tremblements permet d'établir entre elles des distinctions importantes et montre que l'examen de ce symptôme entre pour une bonne part dans le diagnostic des maladies où on l'observe.

La physiologie pathologique a reçu dans cette thèse un certain développement, et on y trouve la relation de quelques nouvelles expériences que MM. Marey et Brouardel ont entreprises sur ce sujet.

9. — **De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements qui les accompagnent** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1873).

10. — **Traité de diagnostic médical de Racle** (revision et additions), 5e édition, 1873; 6e édition, 1878.

11. — **Du déplacement réel et du déplacement apparent du cœur dans les épanchements pleuraux** (*Soc. clinique*, 1878).

12. — **De la sciatique et de sa nature** (*Arch. gén. de méd.*, avril 1878).

J'ai cherché à établir, en m'appuyant sur l'anatomie patho-

losique et sur la clinique, que la sciatique spontanée, primitive est le plus souvent, non pas une névralgie au sens ordinaire de ce mot, mais une névrite.

Pour l'anatomie pathologique, j'ai ajouté aux observations déjà mentionnées par les auteurs une observation personnelle dans laquelle, chez un individu atteint de sciatique aiguë depuis trois à quatre semaines et enlevé rapidement par une tuberculose aiguë intercurrente, nous avons pu constater des lésions évidentes de névrite ; ces lésions étaient limitées à la moitié supérieure du nerf sciatique.

Quant aux caractères cliniques, je me suis appliqué à mettre en valeur certains caractères qui jusqu'alors avaient été négligés ou laissés dans l'ombre, notamment l'examen direct du nerf par la palpation, l'existence presque constante de troubles trophiques (atrophie musculaire, œdème, épaississement adipeux du tissu cellulaire sous-cutané, éruptions cutanées) dans le membre malade, les douleurs toutes spéciales dans le tronc nerveux et ses branches, enfin la marche de la maladie.

Deux de ces symptômes et des plus importants, l'atrophie musculaire et l'adipose sous-cutanée, avaient déjà été l'objet de deux études particulières faites, sous mon inspiration, par mon ancien interne, aujourd'hui mon collègue, le Dr L. Landouzy. Tous ces caractères m'ont paru, comme les lésions anatomiques, concourir à démontrer que le nerf sciatique est le siège de lésions matérielles qui, dans l'espèce, sont ordinairement celles de la névrite.

PNEUMONIE

13. — De la pneumonie aiguë et de la névrite du pneumogastrique ; pathogénie de la pneumonie (*Bull. de la Soc. clin.* et *France méd.*, 1878).

Dans ce travail, j'avais cru pouvoir émettre la proposition suivante :

La pneumonie franche aiguë, dite fibrineuse, est un herpès

du poumon, et cet herpès est un trouble trophique placé sous la dépendance d'une névrite du pneumogastrique.

La première partie de cette proposition avait déjà été mise en avant par M. Parrot et par M. Lagout; j'ai cherché à la justifier en montrant les analogies de cause, de symptômes et d'évolution, de lésions anatomiques même, qui permettent de rapprocher l'herpès labial, l'angine herpétique et la pneumonie. Les travaux modernes, qui ont définitivement établi la nature microbienne de la maladie, me paraissent pouvoir s'accorder avec cette manière de voir.

Quant à la seconde partie, qui tend à faire de la pneumonie un zona du poumon, ces mêmes données de la bactériologie, jointes aux résultats négatifs des examens microscopiques, doivent sans doute la faire abandonner.

14. — **De la pneumonie franche aiguë; de son évolution et de sa crise** (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août 1881).

Dans ce mémoire, j'ai encore accentué davantage l'idée de spécificité de la pneumonie franche aiguë que j'avais déjà soutenue dans mes études antérieures; j'ai cherché à établir que, par son évolution clinique et par sa lésion locale, cette maladie se rapprochait des fièvres éruptives. Je croyais alors qu'elle différait, au point de vue étiologique, de ces fièvres qui reconnaissent pour cause l'introduction dans l'organisme d'un principe infectieux spécial et qui sont avant tout contagieuses : on sait que les recherches modernes, en établissant la spécificité microbienne de la pneumonie, ont démontré l'exactitude de ce rapprochement entre la pneumonie et les fièvres éruptives.

Relativement à l'évolution, je me suis appliqué à déterminer le plus exactement possible le type régulier de la pneumonie aiguë, à fixer son évolution cyclique, à établir enfin que plusieurs des phénomènes importants de la maladie (frisson, fièvre, symptômes locaux, herpès naso-labial, etc.), apparaissent dans un ordre constant et ont une valeur diagnostique précise.

Quant à la crise, qui survient vers le sixième ou septième

jour de la maladie, j'ai montré qu'elle était marquée par une défervescence brusque de la température et par des sueurs abondantes; et que, d'autre part, les modifications de l'urine, les épistaxis, la diarrhée, les éruptions d'herpès naso-labial ne sont pas des phénomènes critiques, comme on l'avait cru, mais bien des épiphénomènes ou des complications. Pour l'herpès naso-labial en particulier, j'ai établi qu'il se montre régulièrement vers le troisième jour de la maladie, précédant beaucoup la crise, et qu'il paraît être une manifestation locale analogue ou semblable à celle qui constitue la pneumonie.

15. — **Pneumonie franche aiguë accompagnée d'herpès aigus multiples** (*Bull. de la Soc. clin.* et *France méd.*, 1883).

Ce petit travail repose sur une observation intéressante dans laquelle, à la suite d'un refroidissement brusque et intense, il s'est développé presque simultanément, outre une pneumonie franche, une angine herpétique, un herpès naso-labial, un zona de la paroi thoracique, un herpès d'un doigt et un herpès des parties génitales.

Cette observation paraît être une confirmation évidente de l'opinion soutenue dans les mémoires précédents, d'après laquelle la pneumonie est un herpès du poumon : n'est-il pas naturel, en effet, d'admettre que toutes les manifestations qui se sont montrées sous l'influence d'une seule et même cause ont été de même nature, et que la pneumonie a été ici un herpès du poumon, comme l'angine a été un herpès de la gorge, en même temps que la narine droite, la paroi thoracique, un doigt et les parties génitales ont été le siège d'éruptions d'herpès disséminé?

16. — **De l'herpès du larynx** (*Soc. clinique* et *France méd.*, 1878).

Ce travail contient la première observation qui ait été publiée d'un herpès du larynx constaté par l'examen direct au laryngoscope.

FIÈVRE TYPHOIDE

17. — **Sur une petite épidémie de fièvre typhoïde; épidémie de maison** (*Bull. de la Soc. clinique*, 1881, et *France méd.*, 1881).

Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue dans un hôtel particulier et ayant atteint une quinzaine de personnes. Cette épidémie fut attribuée aux émanations d'une fosse d'aisance qui venait d'être vidée et qui avait reçu un an auparavant des déjections de fièvre typhoïde (l'enquête ne fut pas dirigée alors sur l'eau qui servait de boisson; on ne savait pas encore l'influence prédominante de l'eau potable comme véhicule de la fièvre typhoïde).

18. — **Note sur une petite épidémie de fièvre typhoïde développée dans l'hôpital Beaujon** (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887).

Cette épidémie a pu être attribuée à l'usage en boisson d'une eau insuffisamment filtrée. Peu de temps après, les services de l'hôpital Beaujon ont été pourvus de filtres Chamberland.

19. — **Des suites de la fièvre typhoïde** (*Bull. de la Soc. clinique*, 1883, et *France méd.*, 1883).

Ce travail est consacré à la relation de quatre cas de fièvre typhoïde qui présentèrent des complications curieuses durant la convalescence, à savoir : une fois le phénomène du doigt mort, dans le second cas la destruction d'une cicatrice consécutive à un adéno-phlegmon de la fosse iliaque, dans le troisième une phtisie galopante, dans le quatrième enfin une pleurésie purulente.

20. — **Méningite cérébro-spinale prise d'abord pour une fièvre typhoïde** (*Bull. de la Soc. clinique* et *France méd.*, 1877).

21. — **Des manifestations cérébro-spinales de la fièvre typhoïde** (*Arch. gén. de méd.*, mars 1879. —En collaboration avec le Dr Maurice Letulle).

Ce travail a pour objet d'établir, d'après plusieurs observa-

tions personnelles, qu'il y a des cas de méningite cérébro-spinale qui ne sont autre chose qu'une forme particulière de la fièvre typhoïde. Les considérations invoquées à l'appui de cette proposition sont relatives à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et aux symptômes. Nous avons émis l'opinion que peut-être il y a plusieurs méningites cérébro-spinales constituant des espèces distinctes; on sait que, depuis lors, les recherches bactériologiques ont démontré l'exactitude de cette opinion qui n'était encore qu'une hypothèse.

22. — **Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacille d'Eberth** (*Bull. de la Soc. méd. des hop.*, 1891).

J'avais antérieurement, dans mon mémoire sur les pleurésies infectieuses, rapporté trois observations de pleurésie séro-fibrineuse dont la cause me paraissait devoir être une infection typhoïdique; mais dans ces trois cas, l'examen bactériologique du liquide pleural n'avait donné que des résultats négatifs.

L'observation actuelle, analogue aux trois précédentes, a semblé confirmer l'hypothèse en question : en effet, l'analyse bactériologique de l'épanchement pleurétique pratiqué par M. Girode, a décelé dans ce liquide la présence du bacille d'Eberth. J'ai donc été amené, sous réserves, à cette conclusion qu'il y aurait lieu d'admettre une espèce particulière de pleurésie fibrineuse produite par le bacille d'Eberth et qu'on pourrait lui donner le nom de pleurésie typhoïdique.

23. — **Méningite typhoïde par bacille d'Eberth** (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891).

Ce travail repose sur une observation de fièvre typhoïde qui a évolué pendant tout son cours avec les symptômes d'une méningite : l'autopsie a montré que, dans ce cas, les lésions habituelles de la fièvre typhoïde, celles de l'intestin en particulier, avaient été très atténuées, et qu'au contraire les lésions méningo-encéphaliques avaient acquis un développement inaccoutumé; l'examen bactériologique du liquide sous-arachnoïdien, pratiqué

par M. Girode, y a montré la présence du bacille d'Eberth. Il s'agissait donc bien d'une méningite typhique : cette espèce particulière de méningite doit prendre place, en nosologie, à côté de la méningite pneumococcique, par exemple, ou d'autres méningites microbiennes dont la bactériologie permet aujourd'hui de faire des espèces distinctes et dont la clinique devra s'efforcer de déterminer les caractères distinctifs.

---

24. — **Contribution à l'étude des gangrènes viscérales et des embolies gangreneuses** (*Bull. de la Soc. clin.*, 1880).

Ce travail repose sur une observation d'abcès gangreneux du foie compliqué de foyers gangreneux multiples siégeant dans le poumon, dans l'encéphale et dans une main. De la discussion pathogénique à laquelle je me suis livré sur ce fait, il est résulté que, suivant toute probabilité, la filiation des accidents pouvait être établie de la façon suivante : l'abcès gangreneux du foie avait donné lieu à des thromboses infectieuses dans les veines sus-hépatiques, des embolies parties de ces veines se seraient échouées dans les ramifications de l'artère pulmonaire et auraient provoqué des thromboses dans les capillaires et les veines pulmonaires à la suite, et ces derniers caillots seraient, à leur tour, devenus le point de départ d'embolies dans les artères de la main et dans celles du cerveau.

25. — **De la digitale dans les maladies du cœur** (*Soc. de thérapeutique*, 1882).

Dans ce mémoire où j'ai recherché quelles étaient les indications de la digitale dans les maladies du cœur, quels sont les modes d'administration du remède, quels sont les résultats qu'on en peut attendre, etc., j'ai proposé une division relative à l'évolution des maladies du cœur qui me paraît avoir une réelle importance pratique ; j'y distingue trois périodes :

1° Une *période eusystolique* dans laquelle le fonctionnement

du muscle cardiaque est satisfaisant; 2° une *période dyssystolique*, caractérisée par des contractions irrégulières et inégales du cœur, mais où on distingue encore quelques contractions énergiques qui dénotent que le muscle cardiaque est seulement désordonné; 3° une *période asystolique* dans laquelle toutes les contractions sont également faibles, indiquant que le muscle cardiaque est absolument impuissant.

La véritable indication de la digitale se montre dans la seconde de ces périodes (pér. dyssystolique) : c'est là qu'elle donne des résultats remarquables. Parmi les effets qu'elle produit, j'ai insisté sur les modifications des contractions cardiaques et du pouls, sur la diurèse abondante et sur la disparition des congestions et des hydropisies.

TUBERCULOSE

26. — **De la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë.** (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884 et *Gaz. hebdom.*, 1884).

A côté de la péritonite tuberculeuse chronique et de la forme aiguë de la tuberculose du péritoine qui ont été seules étudiées par les auteurs, j'ai décrit un type clinique particulier, intermédiaire aux deux formes précédentes, qui représente une forme subaiguë de la tuberculose du péritoine et des plèvres.

J'ai montré que, suivant la règle déjà posée par Godelier, la coexistence de la maladie dans le péritoine et dans les plèvres était constante et avait une valeur diagnostique considérable; j'ai insisté sur les caractères cliniques particuliers à cette forme de tuberculose et sur son évolution qui s'accomplit en général dans l'espace de six à huit semaines. Enfin, en m'appuyant sur plusieurs observations personnelles, j'ai établi que le pronostic de cette forme était beaucoup moins grave que celui que les auteurs ont en général attribué à la péritonite tuberculeuse : la tubercu-

lose péritonéo-pleurale subaiguë est souvent curable, au moins d'une façon momentanée. Les moyens thérapeutiques qui m'ont paru le plus efficaces sont les révulsifs et surtout la suralimentation.

Cette forme nouvelle a encore été décrite, avec des observations, dans la thèse d'un de mes internes, le Dr H. Boulland : « De la tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte au point de vue du pronostic et du traitement » (Thèse inaug. Paris, 1885).

27. — **De l'infection tuberculeuse par la voie génitale** (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884 et *Gaz. hebdom.*, 1885).

La transmission de la tuberculose génitale par contagion directe, déjà indiquée par Conheim, avait été surtout soutenue par le professeur Verneuil. J'ai cherché à mon tour à appuyer cette théorie par des arguments théoriques et par des faits; dans ce premier mémoire, j'ai rapporté quatre observations personnelles. Voici les conclusions auxquelles j'ai été conduit :

1° La tuberculose génitale primitive peut probablement être causée par contagion directe dans les rapports sexuels (cette conclusion n'est que l'abrégé de la formule donnée par le professeur Verneuil). Aux diverses sources d'infection tuberculeuse déjà connues ou soupçonnées il faudrait donc ajouter l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

2° Il faut tenir pour suspectes les blennorrhées indolentes qui se montrent chez certains hommes à la suite de rapports sexuels, surtout lorsqu'elles ne sont pas consécutives à la blennorrhagie proprement dite; quelques-unes de ces blennorrhées paraissent être de nature tuberculeuse. On peut en dire autant de certaines leucorrhées chez la femme. La recherche du microbe tuberculeux dans les produits de ces blennorrhées et de ces leucorrhées jugera la question.

3° Les rapports sexuels avec un sujet atteint de tuberculose génitale exposent à la contagion directe; ils présentent donc un risque qu'il est sage d'éviter.

4° Un des principaux dangers de la tuberculose génitale réside dans la possibilité d'une infection générale secondaire; il faut donc poursuivre sa guérison par tous les moyens, au besoin même la supprimer par une opération chirurgicale.

28. — **De la tuberculose des organes génitaux et de sa contagiosité** (en collaboration avec M. Derville, interne des hôpitaux.) (*Bull. de la Soc. clinique*, 1886, et *France med.*, 1886-87).

Ce petit mémoire contient deux observations, dont l'une surtout est importante en ce qu'elle est le premier cas où j'ai pu observer la tuberculose génitale primitive à la fois chez une femme et chez son mari.

La théorie soutenue dans les deux travaux précédents a encore été exposée et appuyée sur de nouveaux faits dans la thèse d'un de mes anciens internes, le Dr Derville : « De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. » (Thèse inaug., Paris, 1887).

---

29. — **De l'introduction des aliments et des médicaments par les narines** (*Soc. de thérapeut.*, 1881).

30. — **Note sur un cas d'endocardite ulcéreuse** (*Bull. de la Soc. clin.* et *France méd.*, 1885).

31. — **Maladie de Bright d'origine infectieuse** (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1888).

32. — **Note sur un cas de carcinose généralisée secondaire à un cancer de l'estomac, carcinose miliaire sous-cutanée** (*Bull. de la Soc. clin.*, 1888).

33. — **Note sur un second cas de carcinose miliaire sous-cutanée** (*Ibid.*, 1889).

Dans ces deux observations, il s'agit de nodosités cancéreuses sous-cutanées survenant chez des individus atteints d'un

cancer abdominal : cancer de l'estomac chez le premier malade, cancer du cæcum chez le second. L'examen histologique d'une de ces nodosités, que l'on peut pratiquer après excision pendant la vie, permet de fixer le diagnostic de la maladie viscérale concomitante.

34. — **Du naphtol camphré et de son application au traitement des ulcérations tuberculeuses** (*Bull. de la Soc. de thérap.*, 1889, pp. 33 et 186).

Le naphtol camphré m'a donné de bons résultats dans plusieurs cas d'ulcérations tuberculeuses; j'en cite deux exemples, notamment l'observation d'une tuberculose très grave de la langue et de la gorge qui a été guérie par des applications quotidiennes de cette mixture pratiquées avec persévérance pendant plusieurs mois.

35. — **Des injections intra-pulmonaires antiseptiques dans le traitement de la phtisie pulmonaire** (*Bull. de la Soc. de thérap.*, 1889).

Les résultats avantageux que j'avais obtenus du traitement antiseptique appliqué à certaines tuberculoses locales, notamment à celle des ganglions, m'ont enhardi à essayer ce même traitement dans la tuberculose pulmonaire au moyen des injections intra-parenchymateuses.

Déjà, d'ailleurs, quelques tentatives de ce genre avaient été faites dans diverses maladies aiguës ou chroniques des poumons et étaient consignées dans les travaux de Pepper, de Beverley Robinson, de Shingleton Smith, de Truc et de Gouguenheim en France, etc.

J'ai, de mon côté, pratiqué ces injections en plein foyer d'infiltration tuberculeuse, et non dans des cavernes ou des cavernules comme l'avaient fait d'autres auteurs; et mon but, expressément indiqué, était d'introduire un agent antiseptique directement dans la partie du poumon qui est le siège d'une colonie bactérienne. Les injections ont été faites une ou deux fois par semaine au moyen du naphtol camphré : les résultats

ont paru satisfaisants; il y a eu cependant quelques accidents, surtout une toux quinteuse et dans quelques cas une légère hémoptysie, accidents qui ont paru imputables à la nature de la substance antiseptique employée; aussi ai-je conclu en disant que la pratique des injections intra-pulmonaires dans le traitement de la tuberculose du poumon me paraissait mériter d'être poursuivie, mais qu'il restait à trouver un antiseptique efficace et non offensif qu'on pût employer pour ces injections.

36. — **Petite épidémie locale de gastro-entérite cholériforme** (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux* et *Gaz. hebdom.*, 1889).

37. — **Des injections intra-pleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses** (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1889).

Ce travail est un premier essai de traitement antiseptique direct appliqué à certaines pleurésies infectieuses. Ces pleurésies, dont quelques-unes m'avaient paru subordonnées à une fièvre typhoïde (plus tard, dans un cas analogue, le bacille d'Eberth a été trouvé dans l'épanchement), ont été traitées par des injections répétées d'une solution de sublimé dans la cavité pleurale, et ce traitement a semblé efficace, en ce sens que ces pleurésies ont guéri sans suppuration et alors que le pronostic paraissait très grave.

J'ai rapproché de ces observations plusieurs cas de pleurésies de nature différente et un cas de péritonite tuberculeuse dans lesquels j'ai pratiqué des injections analogues avec divers liquides antiseptiques et avec des résultats en apparence satisfaisants : j'en ai conclu que la pratique des injections intra-pleurales, on peut même dire des injections intra-séreuses en général, constitue une médication d'avenir.

Je suis revenu sur ce traitement, en en précisant mieux les indications, dans les mémoires suivants.

38. — **Pleurésie purulente traitée par les injections intra-pleurales antiseptiques** (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 2 mai 1890).

39. — **Du traitement des pleurésies purulentes et infectieuses par les injections intra-pleurales** (*Ibid.*, 17 octobre 1890).

Ces deux travaux, le dernier surtout, contiennent l'étude détaillée du traitement des pleurésies purulentes et infectieuses par les injections antiseptiques.

J'ai employé les injections antiseptiques de deux façons différentes qui me paraissent avoir chacune ses indications particulières.

La première manière consiste à injecter dans la cavité pleurale une substance antiseptique destinée à stériliser l'épanchement sans évacuer cet épanchement, et à renouveler les injections jusqu'à ce que le foyer morbide, contenu et contenant, soit rendu stérile ou indifférent : alors, quand ce résultat est obtenu, le liquide épanché disparaît par résorption ou est évacué par une ponction. Cette manière, déjà employée par Renaut, par Moizard et par Bouchard, m'a paru surtout applicable au cas où l'infection pleurale n'est encore qu'imminente ou à peine ébauchée; je la considère comme un remède prophylactique et, à ce titre, j'y vois une médication d'avenir.

La seconde manière consiste à évacuer le liquide infectieux d'abord, puis à laver la poche avec un liquide antiseptique, et enfin à laisser dans la cavité un antiseptique à demeure : c'est ainsi qu'ont agi, avec des variantes très importantes, Aran, Baëlz et leurs imitateurs, récemment Juhel-Renoy, Sevestre, etc. Le second procédé, tel qu'il vient d'être indiqué, est incontestablement plus actif que le premier, il permet de réaliser une antisepsie sérieuse de la plèvre et peut, dans certains cas, permettre d'éviter la pleurotomie. Les cas où ce traitement paraît applicable avec le plus de chances de succès sont ceux où la maladie est limitée et circonscrite dans un foyer unique, et, d'autre part (relativement à la nature des pleurésies purulentes), ceux où la pleurésie est causée par le pneumocoque ou par le bacille de la tuberculose, et non par le streptocoque ni par les agents de la putridité ou de la gangrène. Pour ces derniers cas défavorables, il paraît plus prudent de recourir d'emblée à la pleurotomie.

Quant à la valeur relative des divers remèdes antiseptiques qui ont été employés pour les injections, j'ai cherché à montrer l'action différente des antiseptiques solubles et des antiseptiques insolubles, et comment la meilleure pratique semblait être d'employer les premiers pour le lavage destiné à entraîner et à détruire les agents infectieux, les seconds pour l'injection destinée à laisser dans la plèvre un pansement antiseptique permanent.

40. — **De quelques points du traitement des pleurésies purulentes par la thoracotomie antiseptique** (*Bull. de la Soc. de thérap.*, 12 novembre 1890).

41. — **Sur le même sujet** (*Ibid.*, 28 janvier 1891).

Dans ce travail, qui a été l'objet d'une discussion prolongée à la Société de thérapeutique, j'ai examiné succinctement les indications de la pleurotomie, j'ai surtout insisté sur les avantages de la pleurotomie précoce et antiseptique, sur l'opportunité des lavages de la plèvre, enfin sur les avantages des pansements rares. Voici les conclusions de ce travail :

Parmi les traitements qu'on peut opposer aux pleurésies purulentes, traitements variables suivant l'espèce et la gravité, à savoir : ponction simple ou mieux suivie d'un lavage antiseptique pour certains cas relativement bénins, pleurotomie pour d'autres cas ordinairement plus intenses et plus graves ; parmi ces traitements, dis-je, la pleurotomie précoce et antiseptique est le traitement de choix pour les pleurésies très étendues et pour les espèces de pleurésie purulente qui sont le plus infectieuses et le plus infectantes (pleurésies à streptocoques, pleurésies putrides ou gangreneuses) : les résultats qu'elle donne, même dans des circonstances si graves, sont excellents.

Il y a avantage, dans la majorité des cas, à faire suivre l'incision de la plèvre d'un lavage antiseptique et quelquefois même de laisser ensuite dans la plèvre un remède antiseptique à demeure.

Il ne faut recourir à des lavages ultérieurs que si l'infection

persistante de la cavité suppurante ou une infection surajoutée indique ou même impose l'emploi de ces lavages.

Les pansements, rigoureusement antiseptiques, doivent être aussi rares que possible ; on doit les renouveler quand le pansement est traversé par les liquides qui s'écoulent de la plèvre et que ceux-ci se montrent au dehors, ou bien quand des phénomènes locaux ou généraux dénotent que l'antiseptie de la plaie et de la cavité pleurale est encore ou est devenue insuffisante.

42. — **Néphrite infectieuse à forme typhoïde déterminée par le colibacille** (en collaboration avec M. Papillon, interne des hôpitaux) (*Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1892).

Étude d'un cas très intéressant de néphrite infectieuse aiguë causée par le colibacille et dont les symptômes et l'évolution simulaient une fièvre typhoïde.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 30220